

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЗАДНИХ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ ВЕН

*Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Павлов А.Г., Усович А.К.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Для современной хирургии хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей является актуальной проблемой. Варикозная болезнь (ВБ) на сегодняшний день остаётся одной из самых распространенных сосудистых патологий в экономически развитых странах. По данным А.Н. Косинца, В.И. Петухова [2] в Республике Беларусь среди работников промышленности 28,04% страдает варикозным расширением вен. По некоторым оценкам [3,4], в 40 % наблюдений ВБ сопровождается различными трофическими нарушениями кожи и подкожной жировой клетчатки. Столь высокий удельный вес данной патологии в популяции является большой медико-социальной проблемой. Внедрение в клиническую практику новых современных методов диагностики (ультразвуковое ангиосканирование), эндоскопической техники дала мощный толчок развитию флебологии. Флебэктомия перестала быть единственной операцией, применяемой при данной патологии. Получили распространение эндоскопические операции, оперативные вмешательства на глубоких венах. Среди прочих в 80-х годах прошлого века была разработана и внедрена в практику операция – дистанционная окклюзия заднеберцовых вен (ДОЗВ) [1]. В настоящий момент у хирургов сложилось двойное отношение к этому вмешательству. Одни считают его эффективным и активно применяют в практике, другие же выражают сомнение в обоснованности данного вмешательства.

Цель исследования – изучить вариантную анатомию дистального отдела задних большеберцовых вен (ЗБВ) и оценить возможность выполнения их эффективной окклюзии при оперативном вмешательстве.

Методы. Исследования проведены на 22 анатомических препаратах. Препараты готовились с использованием горячей синей желатиновой массы по методике Ф.А. Волынского. Желатиновая масса вводилась в горячем виде в венозное русло. Затем препараты фиксировались в 10% растворе формалина в течение 2-х недель. После этого производили топографо-анатомическое препарирование сосудистого

пучка на голени по методике В. Н. Тонкова (1956). Препараты фотодокументировались и зарисовывались.

Результаты. На уровне медиальной лодыжки (зона выделения ЗБВ при выполнении ДОЗВ) в 20 случаях выявлены 2 заднеберцовые вены и только в 2 препаратах обнаружены 3 вены. Причем в одном из них на расстоянии 4,5 см от нижнего края лодыжки 2 вены сливались и формировали ствол медиальной ЗБВ, далее в проксимальном направлении ЗБВ были представлены 2 сосудами.

Во втором случае на всем протяжении голени до места их слияния в верхней трети голени ЗБВ представлены 3 стволами. В большинстве препаратов четко выявляют по 2 ствола ЗБВ. Только в двух случаях установлен выраженный атипизм строения дистальной части. В одном препарате передняя ЗБВ на 4,5 см выше края лодыжки перфорировала фасцию и сливалась с поверхностными венами.

Интересно, что латеральная ЗБВ практически на этом же уровне делилась на два ствола, которые шли параллельно вплоть до уровня формирования подколенной вены. Во втором случае на уровне 22 см обе ЗБВ сливались и на протяжении 1 см шли одним стволом, а затем опять разделялись на два сосуда.

В большинстве случаев (13 препаратов) на разном уровне (от 4,5 до 21,5 см выше медиальной лодыжки) выявлено разделение одной (7 случаев латеральной, 5 медиальной) или обеих (1 случай) заднеберцовых вен на 2 ствола с их последующим слиянием воедино. Протяженность участков удвоения варьировала от 3,5 до 23,7 см. Несомненно, выявленное нами явление частого удвоения ЗБВ на отдельных участках объясняет тот факт, что многие исследователи, проводя исследования на ограниченных участках, указывают на большую частоту встречаемости 3 и более ЗБВ.

На всем протяжении в ЗБВ впадали многочисленные венозные сосуды. Несмотря на их вариабельность, удалось выявить некоторые закономерности формирования венозных притоков.

В медиальную ЗБВ в области лодыжки в большинстве случаев впадали венозные ветви, идущие от голеностопного сустава. Проксимальнее, на уровне от 2,1 до 6 см, в 16 препаратах выявлены вены, направляющиеся к межкостной пластинке и перфорирующие ее, идущие на передне-латеральную поверхность голени. Возможно, данные сосуды являются анастомозами с передними берцовыми венами. Медиальная ЗБВ была связана прямыми перфорантами с большой и малой подкожной венами. Количество прямых перфорантов с большой подкожной веной варьировало от 1 до 4 и располагались они на разных уровнях от 2,4 до 26,8 см от нижнего края лодыжки. Причем они были

выявлены во всех препаратах. В 5 препаратах имелись прямые перфоранты соединяющие медиальную ЗБВ с малой подкожной веной. В 4 случаях они были одиночными, а в 1 выявлено 2 перфоранта. Перфоранты сливались с ЗБВ на уровне от 4,5 до 11,4 см. Количество крупных мышечных притоков варьировало от 1 до 6 и впадали они на уровне от 3,5 до 30 см.

Суставных ветвей впадающих в латеральную ЗБВ нами не было выявлено. В двух препаратах имелись венозные ветви направляющиеся к межкостной перегородке и перфорирующие ее. Находились они на расстоянии 3,3 и 4, 5 см проксимальнее края лодыжки. Обращает на себя внимание тот факт, что латеральная ЗБВ в большинстве случаев связана прямыми перфорантными венами с малой подкожной (17 препаратов). Только в 6 препаратах перфорантные вены соединяли латеральную ЗБВ с большой подкожной веной. Количество прямых перфорантов было небольшим, не более 2. Перфоранты с большой подкожной веной располагались на уровне от 8,8 до 27,7 см, а с малой от 3 до 25,3 см. В латеральную ЗБВ впадало до 6 крупных мышечных притоков. Уровень их впадения варьировал в диапазоне от 3,2 до 30 см.

Полученные результаты свидетельствуют, что анатомия задних большеберцовых вен очень вариабельна.

В большинстве случаев они представлены двумя сосудами, но четко выявляется тенденция к их удвоению на ограниченных участках.

Встречаются и атипичные формы строения задних большеберцовых вен. Эти особенности следует учитывать при планировании выполнения ДОЗВ. На наш взгляд, перед оперативным вмешательством необходимо проводить тщательное ультразвуковое исследование дистальной части ЗБВ. Ультразвуковое сканирование в В-режиме позволит четко представить анатомические особенности строения венозного русла.

В тоже время следует отметить, что полученные данные свидетельствуют также об анатомической обоснованности ДОЗВ. Уровень слияния прямых перфорантов, соединяющихся с малой подкожной веной и половина прямых перфорантов связывающих ЗБВ с большой подкожной веной, находится в зоне планируемой окклюзии.

Выводы.

1. Анатомия задних большеберцовых вен очень вариабельна.
2. При планировании выполнения дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен необходимо проводить инструменталь-

ные исследования для выяснения особенностей анатомического строения сосудов.

3. Дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен анатомически обоснованная операция, т.к. большинство прямых перфорантов сливается с задними большеберцовыми венами в зоне планируемой обтурации.

Литература:

1. Веденский А.Н. Новый способ коррекции патологического кровотока в венах голени // Вестник хирургии – 1988. – №4 – С.143-144.

2. Косинец А.Н., Петухов В.И. Варикозное расширение вен нижних конечностей – Витебск, ВГМУ, 2002 – 200 с.

3. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: руководство для врачей / Под ред. Ю.Л. Шевченко – СПб: Питер Ком, 1999 – 320 с

4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Эндоскопическая операция Линтона // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1997. – №3. – С.24-26.